



Special Olympics New Jersey Young Athletes Registration Form

Registre a su hijo, de 2 a 7 años, como Atleta Joven de las Olimpiadas Especiales de Nueva Jersey

Información del atleta:

Primer Nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento: (mm/dd/yyyy)	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Tipo de registrante: <input type="checkbox"/> Atleta Joven (de 2 a 7 años con una discapacidad) <input type="checkbox"/> Socio Unificado (de 2 a 7 años sin discapacidad)	

Información Adicional:

Tiene este atleta? (margue todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Autismo Otro: <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Síndrome de Alcoholismo Fetal <input type="checkbox"/> Síndrome X Frágil <input type="checkbox"/> No identificado	
Por favor marque los elementos que desearía que Olimpiadas Especiales supiera: <input type="checkbox"/> Requiere accesibilidad para sillas de ruedas Otro: <input type="checkbox"/> Condición medica <input type="checkbox"/> Dieta Especial / Alergias	
Raza/Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio American <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Hispano o Latinx <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Más de una raza	

Información de padres/tutores:

Parent Primer Nombre:	Parent Apellido:	Prefiero la comunicación en: <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español
Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono: (###-###-####)
Dirección postal (n. de casa, calle, n. de apartamento):		
Ciudad:	Expresar:	Código postal:
Nombre del condado: (Condado en el que reside)		

Como se entero del Programa de Jóvenes Atletas?

<input type="radio"/> Colegio	* Nombre de la escuela: _____
<input type="radio"/> Intervención rápida	* Nombre del servicio: _____
<input type="radio"/> Internet/Sitio Web	<input type="radio"/> Amigo
Otro:	



Formulario de autorización del atleta:

Soy el padre o tutor del atleta joven nombrado anteriormente y acepto lo siguiente:

1. **Capacidad para participar.** El atleta joven puede participar en las Olimpiadas Especiales. Entiendo que existe el riesgo de lesiones.
2. **Autorización para fotografías.** Las organizaciones de las Olimpiadas Especiales pueden usar la fotografía, el video, el nombre, la voz y las palabras del atleta joven para promocionar las Olimpiadas Especiales.
3. **Atención de emergencia:** si surgiera una emergencia médica durante la participación del atleta joven en las actividades de las Olimpiadas Especiales en un momento en que un padre o tutor no esté presente para tomar decisiones médicas, doy mi consentimiento para que el atleta joven reciba atención médica si es necesario, a menos que marque una de estas casillas:

- Tengo una objeción religiosa o de otro tipo a que el joven atleta reciba tratamiento médico.**
- Dooy mi consentimiento para recibir atención médica de emergencia, pero no doy mi consentimiento para una transfusión de sangre para el Atleta Joven.**

(Si se marca alguna de las casillas, se enviará un formulario de RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA que DEBE completarse)

4. **Programas de salud.** Si el atleta joven participa en un programa de salud de Special Olympics, doy mi consentimiento para que se le realicen actividades, exámenes y tratamientos de salud. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo negarme a recibir tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento para el atleta joven.

5. **Información personal.** Entiendo que Special Olympics puede usar y compartir información personal para:

- Asegurarse de que los atletas jóvenes puedan participar de manera segura;
- Organizar entrenamientos y eventos y compartir resultados;
- Ingresar la información de los atletas jóvenes en un sistema informático;
- Brindar tratamiento médico, hacer derivaciones, consultar a médicos y recordarme sobre los servicios de seguimiento;
- Investigar, compartir y responder a las necesidades de los participantes de Special Olympics (la información de identificación se eliminará si se comparte públicamente); y
- Proteger la salud y la seguridad, responder a las solicitudes del gobierno y reportar la información requerida por la ley.
- Puedo solicitar ver y cambiar la información del atleta joven. Puedo solicitar que se limite el uso de la información.

6. **Conmociones cerebrales.** Entiendo que existe el riesgo de sufrir conmociones cerebrales y de continuar practicando deportes con una conmoción cerebral. El atleta joven puede tener que recibir atención médica si se sospecha que ha sufrido una conmoción cerebral. El atleta joven también puede tener que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de volver a practicar deportes.

Soy el padre/tutor del participante nombrado en este formulario de inscripción. He leído y comprendo completamente las disposiciones de la autorización anterior. A través de mi firma en este formulario de autorización, acepto las disposiciones anteriores en mi propio nombre y en nombre del participante nombrado anteriormente para participar en los juegos de las Olimpiadas Especiales, programas de recreación y programas de actividad física.

Firma del Padre / Tutor:

Hoy es Fecha: (mm/dd/yyyy)

ACUERDO DE RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

("Acuerdo") para
OLIMPIADAS ESPECIALES NUEVA JERSEY

A cambio de que se me permita participar de cualquier manera en el entrenamiento deportivo, la competencia o las actividades de recaudación de fondos de las Olimpiadas Especiales, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta que:

1. La participación incluye la posible exposición y enfermedad por enfermedades infecciosas y/o transmisibles, incluidas, entre otras, MRSA, influenza y COVID-19. Si bien las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad grave y muerte; y,
2. ASUMO CONSCIENTE Y LIBREMENTE TODOS ESTOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS u otros, y asumo la responsabilidad total por mi participación; y,
3. Acepto voluntariamente cumplir con los términos y condiciones establecidos y habituales para la participación en lo que respecta a la protección contra enfermedades infecciosas. Sin embargo, si observo algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo comunicaré al funcionario más cercano de inmediato; y,
4. Yo, en mi nombre y en el de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más próximos, POR LA PRESENTE EXONERO Y EXONERO DE RESPONSABILIDAD a Special Olympics, Inc., Special Olympics New Jersey, sus funcionarios, oficiales, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, propietarios y arrendadores de las instalaciones utilizadas para llevar a cabo el evento ("EXONERADOS"), CON RESPECTO A CUALQUIER ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, MUERTE o pérdida o daño a personas o propiedades, YA SEA QUE SURJA DE LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS O DE OTRO MODO, en la máxima medida permitida por la ley.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO, ENTIENDO PLENAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN INDUCTO.

Nombre del participante:

Hoy es Fecha: (mm/dd/yyyy)

PARA PARTICIPANTES DE MINORÍA DE EDAD (MENORES DE 18 AÑOS AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN) O AQUELLOS MAYORES DE 18 AÑOS SIN CAPACIDAD PARA FIRMAR POR SÍ MISMOS.

Por la presente, certifico que yo, como padre/tutor con responsabilidad legal de este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta exención/liberación a mi hijo/tutelado, incluidos los riesgos de la presencia y participación y sus responsabilidades personales de cumplir con las reglas y regulaciones para la protección contra enfermedades contagiosas. Además, mi hijo/tutelado comprende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo, por mí mismo, mi cónyuge y mi hijo/tutelado, consiento y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a las Exenciones por todas y cada una de las responsabilidades incidentales a la presencia o participación de mi hijo/tutelado menor de edad en estas actividades según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SURGEN DE SU NEGLIGENCIA, en la máxima medida permitida por la ley.

Nombre del participante:

Hoy es Fecha: (mm/dd/yyyy)

Firma del Padre / Tutor:

Relación con el participante: